



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
UNIVERSIDAD UDS

Licenciatura en Enfermería

Trabajo

Resumen del libro de Kozier página 180 del
tema valoración

Alumno

Ángel Gabriel Arcos Álvaro

Catedrático:

Jessica del Carmen Jimenes

Valoración:

Es la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de datos. También es una valoración que se lleva a cabo en todas las fases del proceso de enfermería, de las cuales se dividen en 4:

1. Valoración de enfermería inicial.
 - Se realiza en el momento especificado después del ingreso de una institución de salud.
 - Su objetivo es establecer una base de datos completa para la identificación del problema, referencias y futuras comparaciones.
 - Valoración de enfermería en el ingreso.
2. Valoración centrada en el problema.
 - Proceso continuo integrado en la asistencia de enfermería.
 - Determina el estado de un problema identificado en la primera valoración.
 - Valoración horaria del ingreso de líquidos y la diuresis en una UCI. Valoración de la capacidad de cuidarse así mismo mientras se le ayuda con el baño.
3. La valoración urgente.
 - Durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente.
 - Identificar problemas peligrosos para la vida. Identificar problemas nuevos o que se pasaron por alto.
 - Valoración rápida de la vía respiratoria, estado respiratorio y circulación de una persona durante una parada cardiaca. Valoración de las tendencias suicidas o potencial de violencia.
4. Revaloración tras un tiempo.
 - Varios meses después de la valoración inicial.
 - Comparar el estado actual del paciente con los datos basales obtenidos antes.
 - Revaloración de los patrones funcionales del paciente en el marco domiciliario o ambulatorio o, en un hospital, en el cambio de turno.

Todas ellas deben de ser completas y precisas. Las valoraciones varían en función del objetivo, momento, tiempo disponible y estado del paciente.

La valoración de enfermería se centra en las respuestas del paciente a un problema de salud. Se deben incluir las necesidades percibidas por el paciente, los problemas de salud, los problemas de salud, las experiencias relacionadas, las practicas de salud, los valores y el estilo de vida.

Para ello se deben de tomar en cuenta los datos mas relevantes que puedan identificar algún problema de salud, por lo tanto, el profesional de enfermería debe de tener un pensamiento crítico para la identificación de dichos problemas y valorarlos.

La joint Commission(2008): Exige que cada paciente cuente con una valoración de enfermería inicial que consista en una anamnesis y exploración física realizadas y registradas durante las 24 horas siguientes al ingreso hospitalario.

La revisión del 2010 de la *Norma 1*: valoración de la ANA añade varios aspectos importantes en esta etapa del proceso de enfermería.

- Entre ellos se incluye obtener la propia perspectiva de los pacientes sobre su enfermedad, identificar barreras a la comunicación, reconocer el impacto de las actividades, valores y creencias del profesional de enfermería en el proceso de valoración y poner más énfasis en protección en la privacidad de los datos.

Fases del proceso de enfermería y actividades en el pensamiento crítico.

1. Valoración:

- hacer observaciones fidedignas.
- Distinguir los datos relevantes de los irrelevantes.
- Distinguir los datos mas importantes de los que no son.
- Validar los datos.
- Organizar los datos.
- Categorizar los datos en función de una estructura.
- Reconocer las suposiciones.
- Identificar omisiones en los datos.

2. Diagnostico:

- Encontrar los patrones y relaciones entre las pistas.
- Hacer inferencias.
- Suspender el juicio cuando faltan datos.
- Enunciar el problema.
- Compara los patrones con las normas.
- Identificar los factores que contribuyen al problema.

3. Planificación:

- Formar generalizaciones válidas.
- Transferir el conocimiento de una situación a otra.
- Desarrollar criterios de evaluación.
- Establecer hipótesis.
- Hacer conexiones interdisciplinarias.
- Priorizar los problemas del paciente.
- Generalizar los principios de otras ciencias.

4. Aplicación:

- Aplicar el conocimiento para realizar intervenciones.
- Comprobar las hipótesis.

5. Evaluación:

- decidir si las hipótesis son correctas.
- Hacer evaluaciones basadas en los criterios.

Obtención de datos.

La obtención de datos es el proceso de adquisición de la información sobre el estado de salud del paciente. Debe ser sistemática y continua para evitar la omisión de datos significativos y reflejar el estado de salud cambiante del paciente.

Una base de datos es toda la información sobre un paciente: comprende la anamnesis de enfermería (cuadro 11-1), la valoración física, la anamnesis y la exploración física realizadas por el médico, los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas y el material aportado por otros profesionales de la salud.

Los datos del paciente deben incluir los antecedentes, así como los problemas actuales. Los antecedentes quirúrgicos, las prácticas de sanación tradicionales y las enfermedades crónicas son también ejemplos de datos históricos.

Tipos de datos.

1. Datos subjetivos denominados (síntomas o datos ocultos):

- solo resultan aparentes para la persona afectada y solo dicha persona puede describirlos o comprobarlos. El prurito, el dolor y la sensación de miedo son ejemplos de datos subjetivos. Los datos subjetivos incluyen la sensación, sentimientos, valores, creencias, actitud y percepción que el paciente tiene de su salud y situación vital.

2. Datos objetivos llamados (signos o datos evidentes):

- pueden ser detectados por el observador o medidos y confirmados frente a un estándar aceptado. Se pueden ver, escuchar, palpar u oler y se pueden identificar mediante la observación o exploración física. Por ejemplo, la decoloración de la piel o el registro de la presión arterial son datos objetivos

Fuente de datos.

Los datos pueden proceder de fuentes primarias o secundarias.

El paciente es la base primaria de los datos.

La fuente secundaria abarca a familiares, otras personas de apoyo, los profesionales de la salud, las historias o registros previos, los estudios de laboratorio u otros análisis y la bibliografía.

Métodos de obtención de datos.

1. Observación:

Es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla a través de un esfuerzo y con un método organizado. Esta comprende dos aspectos, a) Fijarse en los datos, b) Seleccionar, organizar e interpretar los datos. Las observaciones de enfermería deben organizarse de manera que no se pase por alto nada importante.

2. Entrevista

Comunicación planificada para la obtención de datos precisos y específicos.

Estos son los tipos de preguntas para la entrevista: Preguntas cerradas, preguntas abiertas, pregunta dirigida y preguntas neutras.

Datos necesarios para la planificación de la entrevista:

- Momento
- Lugar
- Disposición de los asientos
- Distancia

- Lenguaje

Estadios de la entrevista:

- La apertura
- El cuerpo
- El cierre

Organización de los datos

Se necesita de un formato escrito o electrónico, para organizar los datos de valoración de una forma sistémica.

Cada institución educativa ha optado por desarrollar su propio formato de valoración estructurado. Unos ejemplos son la aportación de valores funcionales de Gordon, modelo de autocuidado de Orem y el modelo de adaptación de Roy. De esta manera los profesionales de enfermería usan modelos de bienestar para identificar riesgos de salud y explorar estilos de vida, conductas de salud, creencias, valores y actitudes que engendren los niveles de bienestar. Los modelos son los siguientes:

- Anamnesis
- Evaluación de la forma física
- Valoración nutricional

Validación de datos

Los rasgos para demostrar una buena evaluación son que deben de ser: completa, objetiva y precisa por que los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en esta información, trabajo que debe de verificarse 2 veces.

La validación de los datos obtenidos ayuda al profesional de enfermería a completar estas tareas:

- Garantizar que la información de la valoración es completa.
- Garantizar que los datos objetivos y subjetivos relacionados están de acuerdo entre sí.
- Obtener información adicional que puede haberse pasado por alto.
- Diferenciar entre pistas e inferencias.

Las pistas son datos objetivos y subjetivos que puede observar directamente el profesional de enfermería.

Las inferencias son las interpretaciones o conclusiones del profesional de enfermería basada en pistas.

Registro de datos

El registro preciso es fundamental, y debe incluir todos los datos recogidos sobre el estado de salud del paciente. Los datos se recogen de forma objetiva y no los interpreta el profesional de enfermería.

Valoración primaria

Determina si el paciente se encuentra consciente o inconsciente. Para ello se valora el nivel de conciencia mediante la escala AVDN:

- Alerta
- (v) respuestas a estímulos verbales
- (D) respuesta a estímulos dolorosos
- (N) respuesta negativa, no hay respuesta

Valoración secundaria

- Inicie la valoración secundaria, sólo en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan.
- Reevalúe de forma continua (ver procedimiento técnico 'Signos Vitales').
- Si detecta compromiso de las funciones vitales, suspenda la valoración secundaria, solicite USVA, informando de la situación, e intente su estabilización.
- Si su estado lo permite, interróguelo con el objetivo de identificar el motivo de demanda de asistencia, así como los signos y síntomas acompañantes. Si el paciente está inconsciente, pregunte a alguna persona que pueda proporcionar la información requerida.
- Explore al paciente desde la cabeza a los pies incluida la espalda. Obtenga los siguientes datos: o Localización de zonas dolorosas. o Alteraciones motoras o de sensibilidad. o Tiempo de inicio de los signos, síntomas y su duración. o Factores que los agravan o alivian. o Busque lesiones que no sean evidentes.
- Monitorice las constantes del paciente, al menos en 2 ocasiones (la primera en el lugar del incidente y la segunda antes de realizar la transferencia hospitalaria), registrándolas en el informe.

Descripción de patrones funcionales de Gordon

Es un tipo de patrones funcionales para la búsqueda de alteraciones que afecten algunos de los 11 patrones funcionales de M. Gordon. Realizando intervenciones de enfermería mediante el NANDA, NIC Y NOC, interviniendo y realizando cuidados estandarizados para lidiar con alguna alteración.

1. Patrón de percepción de la salud/manejo de la salud.
2. Patrón nutricional/metabólico
3. Patrón de evacuación
4. Patrón de actividad/ejercicio
5. Patrón de sueño/vigilia
6. Patrón cognitivo/perceptivo
7. Patrón de autopercepción y autoconcepto
8. Patrón de rol/relación
9. Patrón de sexualidad/reproductivo
10. Patrón de afrontamiento/tolerancia al estrés
11. Patrón de valores creencias